

ใบรายงานแพทย์(จักษุแพทย์)สูญเสียสายตา/LOSS OF SIGHT CLAIM FORM(to be completed by Ophthalmologists)

ชื่อผู้ป่วย / Patient's Name..... อายุ / Age..... ปี / years

น้ำหนัก / Weightกิโลกรัม / Kilograms ส่วนสูง / Height.....เซนติเมตร / Centimeters

วันที่ตรวจ / Admission date.....

1. ความผิดปกติของสายตาที่ตรวจพบ / Pertinent clinical findings (eye disorder symptoms & signs)

.....

2. ความผิดปกติของสายตามีสาเหตุมาจากโรคหรืออุบัติเหตุ / Is the cause of the eye disorder related to illness, disease or accident?

.....

3. วันที่เข้ารับการรักษาดังกล่าวจากอุบัติเหตุนี้เป็นครั้งแรก และลักษณะการบาดเจ็บ / Date when treatment related to this eye injury was first received, also please clarify symptoms & treatment:

.....

4. ผู้ป่วยเคยเข้ารักษาตามาก่อนหน้านี้หรือไม่ ถ้าเคยโปรดระบุประวัติการรักษา / Has the patient ever received any other treatment for eye conditions in the past? If yes, please provide past history of treatment.

.....

ผลการตรวจตา / Eyes Examination Result

ตาขวา / Right eye

ตาซ้าย / Left eye

ระดับสายตา / Visual Acuity Test Result

.....

.....

ลานสายตา / Visual Field Test

.....

.....

ความดันตา / Intra Ocular Pressure

.....

.....

จอประสาทตา เส้นประสาทตา / Retina, Optic Nerve

.....

.....

การวินิจฉัย / Diagnosis

.....

.....

สามารถรักษาให้หายได้หรือไม่ / Is it possible for the eye disorder to be cured or improved?

.....

สามารถรักษาให้อาการดีขึ้นจนมองเห็นในระยะ 1-2 ฟุต ได้หรือไม่ / Could the symptoms be treated or the condition improved so the patient will be able to see a distance of 1-2 feet?

ความเห็นเพิ่มเติม / Please provide any other opinions or suggestions on the condition and prognosis:.....

.....

ลงชื่อแพทย์ผู้ตรวจ / Signature

ใบประกอบโรคศิลป์เลขที่ / Medical Licensed No.วันที่ / Date

สถานที่ตรวจรักษา / Hospital Name.....ประทับตราโรงพยาบาล